

一般社団法人 茨城県言語聴覚士会 正会員入会申込書

記入年月日： 20 年 月 日

<記入上の注意1> 1.日付は西暦で記入して下さい 2.※のついた項目は○で囲んで下さい。

	フリガナ		
氏名			
生年月日	年	月	日生 性別 ※男・女

茨城県言語聴覚士会 会長殿

言語聴覚士免許	取得年	年	
勤務先 (主たる勤務先)	施設名	フリガナ	
	所属部署		
	所在地	(〒 -)	
	TEL		内線
	FAX		
自宅	住所	(〒 -)	
		マンション・アパート名()	
連絡先	郵便物送付先	※ 勤務先・自宅	
	E-mail	E-mail アドレス	
		①	種別
		②	種別

<注意2> 県士会からの連絡やメールマガジンの配信に使用するアドレスを①に記入して下さい。

*①のアドレスは、できる限りPCのアドレスを登録して下さい。

*①のアドレスの他に、県士会からのメール配信を希望するアドレスがあれば、②に記入して下さい。

名簿掲載	自宅住所	※ 可 ・ 不可	自宅TEL	※ 可 ・ 不可
	E-mail ①	※ 可 ・ 不可		

※氏名・勤務先は、会員名簿に掲載されます。その他の項目について、名簿への掲載の可否をお答え下さい。

県士会処理欄	受理		会員番号	
	承認			